



Actualidad Médica

Acto Médico: Límites y Posibilidades

GAMANIEL GUEVARA CHACABANA*

El acto médico es hoy un tema de máximo interés para la sociedad, los médicos, y demás profesionales de la salud. Su correcta comprensión (el conocimiento de los factores o determinantes que limitan o posibilitan su ejercicio) puede ayudar a precisar adecuadamente las competencias y los campos profesionales actualmente en conflicto. Pero sobre todo, puede contribuir a esclarecer las causas del deterioro progresivo que desde hace algunas décadas afecta a su componente esencial, la relación médico-paciente, y que ha puesto en cuestión el rol social, la eficacia curativa y la filiación humanística de la medicina.

PRECISIONES CONCEPTUALES

Una primera constatación verificable en nuestro medio al leer artículos, trabajos y normativas sobre el ejercicio y el acto médico, y actividades afines, es su diversidad conceptual, lo que evidencia las distintas apreciaciones que pugnan en torno a su definición.

Así, desde un campo generalmente no médico, se proponen como profesiones médicas a carreras próximas o complementarias a la medicina, p.e. la de obstetricia (!). De lo cual se deduce: a) que el acto médico puede ser ejercido por un profesional de la salud no médico, y b) que el acto médico no es actividad distintiva de la profesión médica.

En esta definición se omite el significado esencial de integralidad con la que la medicina define y atiende a su objeto de estudio: el ser humano o persona. Esta distinción no significa que otras profesiones estén supeditadas, dependan o sean inferiores a la profesión médica. Cada una vale por la eficacia que representa en su función social y en el contexto específico de una determinada realidad. Pero no se debe soslayar el carácter totalizador de la medicina y el acto médico, que lo hacen distinguible de las actividades de salud de otras profesiones.

Además de este enfoque, hay dentro del campo médico, dos visiones diferentes de lo que es el acto médico, las que en una interpretación literal también revelan posiciones discrepantes.

La primera – enfatizando la importancia de la relación médico-paciente – afirma que no hay acto médico sin médico y/o sin paciente (?). Sin embargo, esta aseveración no es completa y requiere explicaciones, pues el desarrollo de la práctica médica y los avances de la comunicación han propuesto otras variantes válidas y nada desdeñables.

Ciertamente, la relación médico-paciente típica e irremplazable es la interpersonal directa e inmediata. Pero hoy existe la atención a distancia - teléfono, radio, telemedicina -, la que dispensada cuidadosa y apropiadamente y sobre todo en situaciones de emergencia aporta soluciones eficaces. Por otro lado, existen las sesiones terapéuticas grupales, en las cuales las interacciones médico ó médicos-pacientes resultan reconfortantes y provechosas.

* Médico Pediatra.
Profesor Principal UNMSM.

Asimismo, el avance científico-técnico de la medicina ha determinado que la atención del paciente se efectúe por equipos médicos en los que la labor de los especialistas es complementaria. Esto plantea que la relación médico-paciente a la cual podríamos llamar compartida puede desdoblarse en una directa (la de quienes efectivizan la relación interpersonal) y otra indirecta (la de quienes como el radiólogo o el patólogo no tienen el vínculo interpersonal directo). Ambas igualmente válidas como acto médico.

La segunda afirma – enfatizando la condición profesional del médico – que acto médico es “...toda acción o disposición que realiza el médico en el ejercicio de la profesión médica, sea en su condición de directivo, autoridad, funcionario, docente, asistencial y terapeuta, investigador, consultor, auditor u otra” (3).

En este enunciado la labor asistencial y curativa, la actividad más permanente y característica del médico, queda en segundo plano, precedido por otras modalidades de la profesión como las de directivo, autoridad, funcionario, etc. Funciones que se desempeñan generalmente en despachos u oficinas, en las que el médico no interactúa con pacientes sino con sus pares o subalternos. Si nos atenemos a lo que está escrito, deberíamos considerar como acto médico, p.e., la decisión de un Director Ministerial médico aprobando una partida para instalar aire acondicionado en su despacho.

Puede apreciarse que en el acto arriba mencionado no sólo no hay relación médico-paciente alguna, sino que tampoco está vinculado o dirigido a la solución de algún problema de salud individual o colectiva. Es difícil considerarlo acto médico. En todo caso se puede proponer que se lo designe como acto de función médica.

Entonces, ¿qué es el acto médico? La definición debe contener cuando menos dos cuestiones fundamentales no excluyentes ni exclusivas: el objetivo y fin superior de la medicina, y la relación médico-paciente. Con respecto a lo

primero la finalidad primordial de la medicina es conservar y enriquecer la salud y la vida, y curar o aliviar las enfermedades. Con respecto a lo segundo, como ya se ha mencionado, la relación médico-paciente es la interacción esencial y fundamental del acto médico.

Podemos decir, en consecuencia, que acto médico es aquel en que el médico actúa como profesional de la medicina en la prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud individual o colectiva, y mediante el que atiende y resuelve los problemas directos y derivados de la relación médico-paciente.

Serían ejemplos de acto médico, entre otros, además de la consulta médica, la intervención quirúrgica, el procedimiento diagnóstico, el peritaje médico-legal, la sesión terapéutica individual o grupal, etc., que implican una interacción directa e inmediata con el o los pacientes. Y otros como verificar un examen de laboratorio, elaborar un diagnóstico anatomopatológico, realizar una investigación epidemiológica, organizar un equipo de salud, o incluso formular una medida sanitaria concreta, en los que si bien no hay una interacción inmediata y directa con el o los pacientes, existe el propósito explícito de atender y solucionar un problema de salud.

A esta diversidad conceptual que hay acerca del acto médico, se suma una errónea sobrevaloración del rango social de la medicina. Desde fuera y desde dentro de la profesión se piensa que la medicina da jerarquía o privilegio. En este punto coinciden las tres opiniones aparentemente divergentes que hemos comentado. Los profesionales de la salud no médicos aspiran a tener estatus médico. Los médicos practicantes afirman que la atención directa del enfermo es la única o la mejor manera de ser médicos. Los médicos funcionarios anteponen su quehacer burocrático a la relación médico-paciente. Estas posiciones, opuestas en su formulación, comparten sin embargo una misma percepción, la de prescindir de un punto de vista histórico y abstraer el problema médico de su real y concreta dimensión social.

BREVE MIRADA HISTÓRICA

El reconocimiento casi universal que en la actualidad tiene el acto médico como el evento más característico en la atención de la persona enferma es, desde una perspectiva histórica, una adquisición reciente y llena de contradicciones. El acto médico, como expresión de un quehacer humanístico científico-terapéutico, es muy posterior tanto al acto curativo instintivo del hombre primitivo, como a las formas de curación mágico-religiosas de los albores de la civilización.

Tuvieron que transcurrir miles de años y acontecer cambios sociales y culturales muy importantes antes que la medicina se constituyera en una disciplina diferenciada e independiente de las otras actividades humanas. Esto sólo pudo ocurrir cuando el desarrollo de la división social del trabajo condujo al surgimiento de la propiedad privada, las clases sociales y el Estado, y cuando éste consolidó la incipiente separación entre el trabajo manual y el trabajo intelectual. Sólo entonces los conocimientos acumulados por el conjunto de la sociedad pudieron ser acaparados por determinadas élites intelectuales asimiladas al dominio de las clases en poder del Estado, y cuya función sería en adelante la de contribuir a afianzar esta hegemonía.

Como ocurrió en Mesopotamia y Egipto, fue en esa época cuando el saber curativo pasó de ser conocimiento y medio de vida de toda la sociedad, a ser competencia particular de una categoría especial de hombres: los médicos. Para entonces la medicina aún no se separaba de la religión y el acto curativo de los antiguos médicos caldeos y egipcios se confundía con el quehacer de los sacerdotes, y estaba imbuido de ideas y prácticas empíricas, mágicas y sobrenaturales (4).

Fue en Grecia donde la medicina surgió como una disciplina desligada de la religión, aunque siguió auxiliándose con ella en su quehacer curativo. Y fue allí donde los círculos hipocráticos y los filósofos griegos formularon los principios éticos del acto médico (autonomía, beneficencia, justicia, y no maleficencia) (5) y fundaron la práctica médica como propuesta filosófica del campo

del humanismo (6). Pero fue también en Grecia donde se reveló claramente la paradoja que acompaña desde su origen a la medicina y al acto médico modernos: el haberse constituido durante la división de la sociedad en clases como forma particular (privada) de conocimiento frente a la necesidad de un conocimiento universal (social) indispensable para promover la vida y cuidar la salud del conjunto de la sociedad.

Por tanto, ni los beneficios ni las virtudes de la medicina hipocrática fueron prodigados por igual a todos los miembros de la sociedad griega, organizada entonces sobre la base de relaciones productivas y sociales esclavistas. Ni Platón ni Aristóteles, cuyas construcciones filosóficas contienen puntos de vista del pensamiento hipocrático, y quienes contribuyeron a afianzar las bases éticas de la medicina, consideraban a los esclavos y a la mayoría de los trabajadores manuales como pertenecientes a las clases ciudadanas, negándoles así el goce de los derechos cívicos (7).

En esos tiempos, las enfermedades de los esclavos tenían un tratamiento de 'veterinario' a cargo de simples practicantes; las enfermedades agudas de los hombres libres, ricos o pobres recibían un tratamiento expeditivo o resolutivo; y las enfermedades crónicas de los hombres libres y ricos se beneficiaban de una terapéutica pedagógica y biográfica a cargo de médicos alquilados a ello. De otro lado, no había provisión para el cuidado de los inválidos, quienes de acuerdo a los cánones de salud de la cultura griega (equilibrio, belleza, fortaleza, armonía) eran seres socialmente menospreciados. "La posición del médico también estaba determinada por el modo de producción y, en consecuencia, no era muy alta. Por ser un trabajador manual pertenecía a la categoría de los artesanos. La mayoría de ellos viajaban de una ciudad a otra, golpeando a las puertas y ofreciendo sus servicios como lo haría el herrero y el zapatero." (8).

De igual modo, en los siglos siguientes la posición del médico y la suerte del acto médico estuvieron determinados por las relaciones

productivas y la estratificación social, primero del mundo feudal, y después del capitalismo. En general, salvo algunas excepciones, sólo los médicos allegados a las cortes y a los grandes señores, los de los ejércitos y las castas militares, o de los ricos burgueses y comerciantes gozaron de un relativo prestigio y buena posición, y pudieron desarrollar su actividad – ejercitar el acto médico - con alguna decencia y propiedad.

La salud de los siervos, de los hombres libres del pueblo, o de las empobrecidas muchedumbres de los burgos estuvo invariablemente a cargo de médicos artesanos, empíricos (barberos, sangradores, hueseros, comadronas, etc.) y religiosos. La historia anterior a la edad moderna muestra innumerables ejemplos de la situación precaria en la cual tenían que ejercer la mayoría de los médicos, quienes muchas veces se veían obligados a recurrir a subterfugios para atraerse la clientela que le disputaban los empíricos y curanderos ⁽⁹⁾.

“Sólo recientemente el médico ha obtenido una autoridad profesional difundida y reconocida. Hasta el siglo XIX tenía muy poco prestigio, conocimientos sólidos o técnica para sostener la autoridad que buscaba... El médico en general no tenía control ni de jure ni de facto sobre la práctica de la curación... Sin embargo, ya a finales del siglo XIX estaba bien establecido el monopolio de los médicos sobre las curaciones, y, poco después, éstos se hallaban en la posición, virtualmente sin precedentes, de ser un símbolo de curación para personas de todas las clases sociales” ⁽¹⁰⁾.

Esta breve referencia histórica – que no niega los avances y la contribución de la medicina, así como el aporte de sus figuras eminentes al progreso social - nos ilustra que ni ésta ni el acto médico estuvieron en un pedestal privilegiado que cierta visión elitista ha pretendido sostener como ideal de la profesión médica. Y nos ilustra también que ni la medicina ni el acto médico pueden explicarse por sí mismos, sino que para su análisis e interpretación debe tomarse en cuenta el contexto histórico y social en que se desenvuelve.

ACTO MÉDICO Y RELACIONES PRODUCTIVAS

Cuando se piensa en las dificultades y las deformaciones que sufre hoy la relación médico-paciente, a menudo se buscan explicaciones en las cualidades personales que tiene o debe tener el médico, y en las características propias que tiene la medicina como ejercicio profesional. Pero suele pasarse por alto el papel que juegan en su configuración las relaciones sociales productivas, las que en última instancia, son las que hacen posible su acción y determinan sus formas de organización y aplicación. Gracias a ellas, en un país de evolución capitalista como el nuestro podemos explicarnos:

- Que la prestación de servicios médicos pueda organizarse como un negocio lucrativo y sea susceptible de convertirse en capital. Así, la atención de la salud puede disponerse en empresas grandes, medianas, pequeñas, privadas, semi-privadas, estatales, etc., lo que ofrece escenarios diferentes a la realización del acto médico. El propósito humanista de la medicina, el principio de beneficencia (hacer el bien) del acto médico, pasa a un segundo plano. Lo principal es obtener ganancias.
- Que siendo el capitalismo acumulación privada de capital y apropiación de un plus trabajo que no se le retribuye al trabajador, haya inexorablemente ricos y pobres. Así se establece una discriminación arbitraria: los sectores de ingresos altos pueden comprar servicios de salud costosos y sofisticados, mientras que los amplios sectores de ingresos bajos y muy bajos sólo pueden atenderse en los hospitales o quedar excluidos de toda asistencia médica. Esto, desde un nivel estructural, afecta el principio de justicia o universalidad del acto médico.
- Que nuestra economía – por su origen colonial – mantenga un carácter extractivo primario, y sea principalmente comercial y de servicios, centralizada en la capital y en las grandes ciudades. Lo que determina el abandono y la pauperización de las zonas rurales y ale-

jadas, así como la crónica, desigual e injusta cobertura sanitaria, que afecta otra vez el principio de justicia del acto médico. De otro lado, se genera en las ciudades una alta densidad poblacional médica y una oferta distorsionada de servicios de salud, la que es fuente de conflictos, informalidad e inconducta profesional. En este escenario, a menudo es vulnerado el principio de no maleficencia (no hacer daño) del acto médico.

- Que la economía política del país esté organizada en función del interés de los grandes grupos económicos, extranjeros y nacionales. Esto explica por qué en más de 180 años de República no exista hasta ahora una verdadera política nacional de desarrollo humano (de la cual la salud pública debe ser componente central), y por qué las llamadas políticas sociales del Estado hayan sido muy débiles o hayan permanecido largamente postergadas y olvidadas. En esta perspectiva ni la salud pública ni la medicina han sido orientadas a la solución real de los problemas sanitarios de las mayorías nacionales.
- Que al igual que las demás mercancías de la economía capitalista, el valor del trabajo médico también esté sujeto a las variaciones del mercado, y se deprecie en épocas de crisis y recesión como la que vivimos. Este descenso del valor del trabajo médico reviste diferentes formas: congelamiento de los sueldos, contratos por remuneraciones ínfimas, aumento de horas laborales, demanda de mayor productividad, etc., todo lo cual afecta la calidad de la atención médica en perjuicio del paciente y atenta contra el principio de autonomía (respeto por la persona) del acto médico.

A estos factores se sumaron en la década pasada:

- La reducción de la responsabilidad del Estado en el gasto social, transfiriendo parte de sus obligaciones al sector privado, como en el caso de las aseguradoras de fondos de pensiones.

- El apoyo a la actividad comercial de las transnacionales, entre ellas las de la industria de alimentos, insumos de salud y medicamentos, imponiéndose patrones de consumo alimentario extraños a las necesidades de la población; estimulando la automedicación y la sobreoferta y demanda de consultas, análisis, vacunas, ecografías, etc., y la compra de equipos de diagnóstico y tratamiento.
- El aliento a la multiplicación desordenada de universidades, principalmente particulares, cuyos egresados formados precariamente se lanzaron a la búsqueda desesperada de un lugar en el reducido mercado laboral del presente, propiciándose el terreno para un equivocado enfrentamiento entre profesionales, p.e. entre los del campo de la salud.

ACTO MÉDICO Y MARCO ORGANIZATIVO DE LA MEDICINA

También suele pensarse el acto médico como una relación libre entre el médico y el paciente, sin tomar en cuenta que ella está determinada por el marco organizativo de la práctica médica y su relación con el conjunto social. Describiremos brevemente los determinantes más próximos del marco organizativo de la medicina.

El adelanto científico-técnico de la medicina ha transformado a ésta en una disciplina eficaz y con amplias posibilidades de realización. Pero a la vez ha convertido su ejercicio individual artesanal en actividad masiva institucional, y su visión totalizadora de la persona enferma en una percepción especializada o segmentada del paciente. Asimismo, el avance tecnológico ha profundizado la división del trabajo médico (especialidades y subespecialidades), y ha elevado los costos de la atención médica, obligando a concentrarla en grandes centros asistenciales que tienen que asumir formas empresariales (estatales o privadas), lo que ha hecho de la atención médica un acto impersonal y del médico y demás trabajadores de salud simples asalariados. Aquí hay aspectos de la propia organización médica moderna que condicionan su deshumanización ⁽¹⁾.

Desde hace décadas se mantiene el carácter inorgánico, incoherente, injusto y de pobre desempeño del sistema nacional de salud. Pero particularmente en los últimos diez años, al interior del sistema sanitario, se aprecia un incremento de las condiciones adversas y limitantes para el ejercicio digno, humano, liberador y creativo del acto médico ⁽¹²⁻¹⁵⁾.

La Reforma de Salud de la década pasada obligó a un reajuste en la gestión de los establecimientos a cargo del Ministerio de Salud (considerados como empresas) en desmedro del paciente y la atención médica. El recorte presupuestal en salud por parte del Estado, no sólo llevó a extraer recursos de los pacientes y a la semiprivatización de los hospitales (reapertura de las clínicas), sino ocasionó graves carencias de medicinas, instrumental y equipos médicos que desmejoraron seriamente los resultados del trabajo médico. Por otro lado, a pesar de la creación de Puestos y Centros de salud, la cobertura sanitaria no alcanzó a los sectores más empobrecidos, sobre todo los de la sierra y selva, y de las zonas rurales de país. Se mantuvo la tendencia a privilegiar la asistencia en los hospitales de grandes ciudades y para sectores de población que tenían algunos recursos económicos para co-financiar su atención.

Asimismo, se introdujo de modo autoritario un nuevo régimen administrativo y de gobierno en el IPSS, no sólo se recortó su autonomía y sus alcances en seguridad social, sino se modificó la reglamentación laboral para lograr mayor exigencia de trabajo y productividad, y se promovió la contratación de servicios de terceros en diferentes áreas. Por otro lado, se mantuvo un régimen de privilegio para las grandes clínicas privadas y se alentó el aseguramiento privado y la formación de Empresas Prestadoras de Salud, favoreciéndose una recomposición del gran sector privado en el que se advierte una creciente diferenciación entre las entidades financieras y las empresas que prestan atención directa de salud. La brecha existente entre el creciente número de egresados de las facultades de medicina y la oferta estatal de empleo a fines de los 80, fue amortiguada por la práctica del

consultorio privado individual u organizado en pequeños o medianos policlínicos o centros médicos. Pero dado el mayor empobrecimiento de la población ha tenido serias dificultades para extenderse. En la década pasada también ocurrió la emergencia de un subsector privado sin fines de lucro, consistente en una red de promoción y atención de salud por parte de ONGs, las iglesias, centros de salud comunitarios y formas autogestionarias populares de servicios locales. Su radio de acción es aún limitado pero es probable que debido a las condiciones de pauperización en las zonas urbano-marginales, pueda seguir ampliándose ⁽¹⁶⁾.

Dos fenómenos adicionales han contribuido a configurar un marco organizativo poco propicio para un ejercicio integrador de la medicina:

- 1) El convencimiento entre los médicos que la mejor forma de competir en el mercado laboral es mediante la especialización. En 1964 el 41.8% de médicos declaraba una especialidad ⁽¹⁷⁾; en 1988 esta proporción se incrementó al 67.2% ⁽¹⁸⁾. Asimismo, en 1988, el 46.6 % de los médicos declaraban tener una especialidad básica; en 1996 sólo el 24.5 % tenía una especialidad básica y el 25 % tenía una subespecialidad ⁽¹⁹⁾.
- 2) La extensión y profundización de la condición de asalariado del médico y el empeoramiento de su situación económica y sus posibilidades de superación profesional. En 1988 el 78.1 % de los médicos de Lima trabajaba para el estado y consideraba que sus ingresos eran insuficientes ⁽²⁰⁾. En 1988 el 58.8 % de los médicos tenía entre dos y tres empleos ⁽²¹⁾. En 1988 el nivel económico de los médicos en Lima era variable, pero en promedio no correspondía a una situación de altos ingresos, lo que determinó que un 66% de quienes estaban suscritos a revistas médicas abandonara sus suscripciones ⁽²²⁾. En la última década, la condición de subempleo en la profesión médica (p.e. contratos por servicios no personales) se incrementó notoriamente, a la par que el mercado de oferta laboral adecuada se hizo más estrecho.

Finalmente, el escenario general en el cual el médico tiene que desempeñar su cotidiana labor es el de una pobreza creciente y agobiante de la población. El 25% del público está completamente marginado de la atención médica. En la última década los pobres extremos disminuyeron su demanda de atención hospitalaria y de consultas en farmacia. Los pobres críticos disminuyeron su demanda de atención hospitalaria pero aumentaron su consulta en farmacia. Mientras que los no pobres aumentaron su demanda de atención hospitalaria y su consulta en farmacia. Esta situación evidentemente condujo a una extensión de la automedicación y a que cada vez más empíricos u otros profesionales de la salud pudieran invadir el campo de la actividad médica.

LOS ESCENARIOS POSIBLES DEL ACTO MÉDICO

Lo señalado anteriormente nos permite deducir que el acto médico se realiza en cuatro posibles escenarios: 1) grandes clínicas y empresas de salud, 2) consultorios privados y policlínicos, 3) hospitales y centros médicos estatales, de ESSALUD, municipales, y 4) consultorios del sub-sector privado sin fines de lucro. Es indudable que las cualidades personales del médico juegan un rol primordial en la calidad del acto médico. Pero no se puede negar la influencia que tiene sobre éste el escenario inmediato en que se desarrolla.

Así, el acto médico en las grandes clínicas privadas a menudo reviste cierta teatralidad y sofisticación, es personalizado y usualmente se presenta como satisfactorio para el paciente porque considera que el dinero invertido ha sido bien retribuido por la aparente calidad y eficacia de la atención. En este nivel es donde se percibe más claramente cómo el móvil lucrativo ha convertido la relación médico-paciente de una relación ética en una relación mercantil. En las clínicas para los sectores de altos ingresos el acto médico se convierte muchas veces en un vehículo para lograr sobrecostos de atención que los paga el "cliente" o los seguros que este contrata.

El acto médico en los policlínicos y consultorios privados suele ser personalizado y a menudo satisfactorio para el usuario, pero muchas veces también es precario y fuertemente influido por la necesidad de no perder al paciente: es en este nivel donde surge más agudamente el conflicto interprofesional, tanto entre los mismos médicos como entre el médico y otros profesionales de salud. A pesar de ello este es un escenario donde la relación médico-paciente, si es que la formación y la personalidad del médico son idóneas, podría tener un contenido humano.

El acto médico en los hospitales públicos y en las clínicas con contratos de atención masiva reviste las características de un acto burocrático. La labor médica en este escenario se torna impersonal, mecánica y superficial. Se acentúa la relación autoritaria entre el médico y el paciente, se demanda de él un simple acatamiento a las indicaciones médicas, sin explicarle el por qué ni el cómo de sus dolencias y el modo de aliviarlas. El acto médico deviene rutinario, protocolizado, sin atisbos de imaginación, afecto y humanidad. Por otro lado, la especialización refuerza la tendencia hacia atender al paciente como un órgano, una parte, o un caso. Se requiere de una profunda convicción humanista para que a pesar de estas condiciones negativas el médico hospitalario pueda tratar con cordialidad, respeto y consideración al paciente.

En los establecimientos del subsector privado sin fines de lucro como ONGs, centros parroquiales o de iglesias y comunales, puede darse un trato personalizado y más cálido al paciente en la medida que estos centros y consultorios médicos están más vinculados al escenario natural de la población pauperizada. Aquí las cualidades personales del médico podrían ejercerse más libremente que en los otros escenarios.

En conclusión, en las últimas décadas la medicina en el Perú ha mantenido y profundizado sus contradicciones fundamentales: pretende dar salud para todos pero es insuficiente para atender las enfermedades; defiende la libre elección pero excluye masivamente de la atención médica a la población empobrecida; desea asistir al

paciente en su escenario natural, pero le exige que acuda a los centros de salud y hospitales; quiere asumir la atención primaria, pero es incapaz de regular la atención en el tercer nivel; intenta promover una cultura sanitaria, pero restringe el conocimiento médico a sectores profesionalizados; pretende dar un trato humano al paciente pero lo maltrata con la atención burocratizada. Tal es el escenario general en que se ha desenvuelto también el acto médico.

REFLEXIONES FINALES

Es indudable que esta situación debe cambiar. Debemos rescatar para el acto médico su identidad humanística, su rol liberador y su condición ética. Ello exige comprender con amplitud y objetividad lo que es el acto médico e implica asumir una defensa de la salud como derecho universal, de la medicina como medio de mejorar la sociedad y la vida, del conocimiento médico como un instrumento de libertad, y del trabajo médico como una actividad social digna, creativa y constructiva.

Para ello se requiere corregir ciertos defectos de percepción de lo que es el acto médico, y que hemos comentado como tema del presente artículo.

- En primer lugar, si bien es indispensable señalar que el núcleo esencial del acto médico es la relación médico-paciente, es necesario también tomar en cuenta otras variantes del acto médico que no necesariamente implican una relación interpersonal directa e inmediata. Por otro lado, si bien es cierto que el acto médico es aquel que realiza el médico como profesional de la medicina, debemos recordar que no toda acción de él debe considerarse como tal. El acto médico tiene que ser definido por su contenido y objeto: la salud y el hombre.
- En segundo lugar, el acto médico no es una acción que tenga componentes innatos, encargos especiales o sensibilidades poco comunes en la relación con los pacientes. La

medicina lejos de ser una disciplina divina, extraña o superior al hombre es por el contrario un instrumento social de primera línea para su desarrollo y promoción, y hay que entenderla como uno de los medios con que los hombres desde su origen lucharon por conservar y mejorar su vida. Ello nos permitirá no sobrevalorar a la profesión médica y ubicar en su real dimensión el conflicto interprofesional generado por el abandono de la Salud Pública, la carencia de una normativa general para las profesiones de la salud, y la escasa oferta laboral de un sistema social que ya no es coincidente con el progreso.

- En tercer lugar, al aproximarnos a la comprensión del acto médico, no debemos desligarlo de la práctica médica, ni a ésta del marco organizativo de la medicina ni del real contexto histórico y social en que se desenvuelve. De lo contrario propondremos soluciones parciales y medicalizadas, con la idea que sólo con cambios en la educación, la formación del médico, y una mejor legislación del trabajo médico se puede revertir la actual tendencia de la medicina a la burocratización y deshumanización. La idea de la libre elección no resuelve el problema, pues la atención integral de la salud requiere una enérgica y decidida acción social del Estado. Otra cosa es el ejercicio de la medicina en libertad, que implica liberarla de toda motivación pecuniaria o crematística para cumplir su verdadero fin social.
- En cuarto lugar, debemos entender la medicina y el acto médico como una manifestación del trabajo humano. El acto médico y el quehacer médico no obstante todas sus particularidades que hacen de ella una de las disciplinas con mayor acercamiento al hombre, es simple y llanamente, trabajo humano: es manifestación de una actividad para modificar la realidad interponiendo instrumentos naturales o no para tal fin ⁽²³⁾. La medicina la ejercen los hombres en beneficio de los hombres y la ejercen para adaptarse (transformar la realidad sanitaria en que viven) aplicando sus cualidades innatas y adquiridas.

Retomar la identidad y esencia humana del acto médico, significa no sólo asumir una posición consciente respecto a su significado, sino también desarrollar una actitud crítica ante sus actuales limitantes: la deplorable situación sanitaria del país, la marginación y postergación de nuestra población, la ausencia de una política nacional de desarrollo humano y de un proyecto efectivo de renovación social, la persistencia de condiciones negativas para el trabajo médico, la insuficiente formación humanística profesional. Lo que, además de la reflexión, implica fortalecer las instituciones democráticas y los organismos representativos del cuerpo médico nacional, esclareciendo el contenido y el objetivo de sus reivindicaciones y sus metas.

En esta jornada no debemos considerarnos ni los únicos ni los elegidos. No olvidemos que los demás profesionales y trabajadores de la salud viven también una desvalorización de su quehacer profesional y laboral. No olvidemos también que plantear una renovación a fondo de las políticas de salud que signifiquen la superación de la llamada Reforma del Sector Salud de la década pasada tiene que tomar en cuenta las necesidades y aspiraciones de nuestra población. Defender un acto médico idóneo va de la mano con mejorar las posibilidades del trabajo médico y luchar por reivindicar la función social de la medicina. La tarea es grande y la identificación actualizada de sus diversos aspectos está a la orden del día. Tratemos de cumplir bien nuestra función como médicos, como científicos, pero ante todo como seres humanos con responsabilidad social irrenunciable.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Ley Nro. 23346. Reconocen a la Profesión de Obstetricia como Profesión Médica. Congreso de la República. Presidencia de la República. 18 Dic 1981.
2. Santillán C. Impacto de la Reforma en Salud en el Perú sobre el Acto Médico. *Paediatrca*. 2001-2002, 4: 2, p. 48-53.
3. Código de Ética y Deontología. Art. 3ro. Colegio Médico del Perú. Consejo Nacional. 2000
4. Maul SM, Westendorf W: Primeras teorías médicas: entre la magia y la razón. En *Crónica de la Medicina*. Plaza & Janés Editores SA. Laboratorios Grunenthal. 1996, 1: p. 16-17
5. Llanos R: Bioética y humanismo. *Diagnóstico*. 1998. 37:6, p. 362-365
6. Mariategui J: La medicina como filosofía humanista. *Dominical - El Comercio*. 27 Oct 1991. p. 16-17.
7. Ponce A: Educación y Lucha de clases. Editora Lima-Perú. 1980. p. 33
8. García JC: Pensamiento social en Salud en América Latina. 1° Ed. Interamericana. Mc Graw-Hill. OPS. México, 1994. p. 21.
9. Stern BJ. Los Progresos de la Sociedad y de la Medicina. Editorial Americalee. Buenos Aires. 1944. p. 45
10. Freidson E. La Organización de la Práctica Médica. En *Manual de Sociología Médica*. Freeman He, Levine S, Reeder LG (compiladores). Fondo de Cultura Económica. México. 1998. p. 400
11. Alarcón J: Realidad social de la medicina en el Perú. *Cuadernos Médico-Sociales*. Abr-Jun, 1980: 9: p. 7-12.
12. Perales A: Crisis en la profesión médica de Lima Metropolitana. *Acta Herediana*. Segunda Época. 1992; 13: 88-94.
13. Ramírez A: La faceta humana del médico. *Diagnóstico*. 1995. 34:2, p. 38-43.
14. Perales A, Mendoza A, Ortiz P: El mercado profesional como determinante de conducta médica. *An. Fac. Med. UNMSM*, 2000: 61(3): 207-218.
15. Velasquez J: Análisis conceptual de la práctica médica hegemónica. *Sociedad y Salud*. Ene-Jun 2000. Año 4, N° 1. p. 57-65.
16. Arroyo J: El Proceso del Sector Salud 1990-1995: Colapso Operativo y Reforma Sanitaria Silenciosa. *An. Fac. Med. UNMSM*. 1996. 57 (3): 188-195.
17. Ugarte L: Informe resumido de la encuesta sobre las modalidades del ejercicio médico en el Perú. *An. Fac. Med.* 1964, 47: 282-318.
18. Alarcón J, Piscocoy J, Reyes N: Situación de trabajo y características socioeconómicas del médico de Lima Metropolitana (Resultados de una encuesta). *Colegio Médico del Perú*. C. R. III. Setiembre. 1989.
19. Escalante G: La formación profesional y el trabajo en Salud: el verdadero desarrollo del potencial humano. *An. Fac. Med. UNMSM*. 1998, 59 (3): 249-255.
20. Alarcón J, Piscocoy J, Reyes N: *Ibidem*.
21. Escalante G: *Ibidem*.
22. Alarcón J, Piscocoy J, Reyes N: *Ibidem*
23. Mendes RB: *Medicina e Historia: raíces sociales del trabajo médico*. 1° Ed. México, Siglo XXI, 1984.